

การประเมินความคุ้มค่าการใช้สมุนไพรไทยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบประกันสุขภาพ: กรณีศึกษาจาก  
ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

Evaluating the Cost-effectiveness of using thai herbs to Optimize the health insurance  
system: a case study of the health insurance system in Thailand

ลลิตา รามโกมุท<sup>1</sup>

Email joyorjudy@hotmail.com

รศ.ดร.นพ.ธวัชชัย กมลธรรม<sup>2</sup>

Email thavatchai.ka@ssru.ac.th

<sup>1</sup>นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาเภสัชศาสตร์และสมุนไพรทางการแพทย์ วิทยาลัยสหเวชศาสตร์  
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และผลกระทบต่อด้านสุขภาพของการใช้สมุนไพรไทยในระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย โดยทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูล ThaiLis, PubMed และ Scopus ระหว่างปี 2563–2568 รวมบทความที่ตรงเกณฑ์ 64 ฉบับ ผลการวิเคราะห์พบว่าสมุนไพรไทย เช่น ฟ้าทะลายโจร และขมิ้นชัน ช่วยลดต้นทุนการรักษาได้ร้อยละ 30–55 โดยมีค่า ICER อยู่ในเกณฑ์คุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ นอกจากนี้ สมุนไพรไทยยังส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมและการอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น อย่างไรก็ตามยังพบข้อจำกัดด้านข้อมูลต้นทุนและคุณภาพหลักฐาน บทความนี้เสนอแนะให้ส่งเสริมการบรรจุสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ และพัฒนาระบบการใช้ที่ปลอดภัย มีมาตรฐาน และเหมาะสมกับผู้ประกันตน

**คำสำคัญ:** ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ, การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล, ระบบประกันสุขภาพ

### Abstract

This study aimed to evaluate the cost-effectiveness and health impacts of using Thai herbal medicine in Thailand's health insurance system. A systematic literature review was conducted using ThaiLis, PubMed, and Scopus databases from 2020 to 2025. Sixty-four eligible articles were analyzed. Results indicated that Thai herbs such as *Andrographis paniculata* and *Curcuma longa* reduced treatment costs by 30–55%, with ICER values falling within acceptable thresholds. Thai herbal medicine also promotes holistic health and preserves traditional knowledge. However, limitations were identified in cost data and research quality. The study recommends integrating effective Thai herbal medicines into the National List of Essential Medicines and developing safe, standardized treatment protocols suitable for insured individuals.

**Keywords:** Health Economic Evaluation, Cost-effectiveness Analysis; CEA, Health Insurance System

## บทนำ

ประเทศไทยกำหนดนโยบายสุขภาพที่เน้นการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยเฉพาะการส่งเสริมการใช้สมุนไพรไทยผ่านการบรรจุในบัญชียาหลัก การกำหนดมาตรฐานการผลิต และการประเมินความคุ้มค่าในระบบประกันสุขภาพ ตามแผนยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติ พ.ศ. 2566–2570 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Universal Health Coverage ที่เน้นการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างครอบคลุม (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2566; World Health Organization, 2013). ระบบประกันสังคมมีบทบาทสำคัญในการคุ้มครองสุขภาพแรงงาน ทั้งในและนอกระบบ โดยเฉพาะผู้ประกันตนตามมาตรา 33, 39 และ 40 ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นต่อเนื่องในช่วงปี 2560–2566 โดยในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ประกันตนตามมาตรา 33 จำนวน 11.2 ล้านคน มาตรา 39 จำนวน 1.8 ล้านคน และมาตรา 40 จำนวน 5.4 ล้านคน (สำนักงานประกันสังคม, 2566) แนวโน้มนี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาแผนประกันสุขภาพให้มีความครอบคลุม มีประสิทธิภาพ และเข้าถึงง่าย (effective coverage) ทั้งในแง่การตอบสนองความจำเป็น (Need) การเข้าถึงบริการ (Utilization) และคุณภาพของบริการสุขภาพ (Quality) (World Health Organization, 2013)

ซึ่งในปัจจุบัน แนวคิดการดูแลสุขภาพเปลี่ยนไปสู่การดูแลแบบองค์รวม (holistic care) ที่ไม่เพียงแต่รักษาโรคเท่านั้น แต่ยังเน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพควบคู่ไปด้วย ภูมิปัญญาไทยเรื่อง สมุนไพรไทย ได้กลับเข้ามามีบทบาทด้วยคุณประโยชน์ทางการรักษาและเนื่องจากไทยเป็นแหล่งชีวภาพที่หลากหลาย (Dossey, 2008; Eisenberg et al., 1998) จากรายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2567 ได้มีการบรรจุยาสมุนไพร 9 รายการให้อยู่ภายใต้สิทธิบัตรทองในระบบจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่าย (Fee Schedule) ได้แก่ 1. ฟ้าทะลายโจร ใช้บรรเทาอาการหวัด เจ็บคอ 2. ขมิ้นชัน ใช้บรรเทาอาการแน่นจุกเสียด ท้องอืด ท้องเฟ้อ 3. ประสะมะแว้ง ใช้บรรเทา บรรเทาอาการไอ มีเสมหะ ทำให้ชุ่มคอ ช่วยขับเสมหะ 4. ยาแก้ไอผสมมะขามป้อม บรรเทาอาการไอ ขับเสมหะ 5. ยาไหล บรรเทาอาการบวม ฟกช้ำ เคล็ดยอก 6. เถาวัลย์เปรียง บรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ ลดการอักเสบของกล้ามเนื้อ 7. ยาประคบ ประคบเพื่อลดอาการปวด ช่วยคลายกล้ามเนื้อ เอ็นและข้อ 8. ยาธาตุน้ำร้อน บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ และ 9. ยาสหัสธารา เพื่อขับลมในเส้น แก้อาการท้องอืด โดยในปี 2566 มีการเบิกจ่ายยาสมุนไพรถึง 2,065,018 ครั้ง คิดเป็นมูลค่ารวม 69.68 ล้านบาท เขตที่มีการเบิกจ่ายสูงสุดคือเขตอุดรธานี

อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการประเมินเชิงลึกด้านต้นทุนและผลลัพธ์สุขภาพ ทำให้ความคุ้มค่าของสมุนไพรไทยในระบบประกันสุขภาพยังไม่ชัดเจน (Somchai & Kanchana, 2022) และแม้จะมีการสนับสนุนจากภาครัฐ แต่การบรรจุสมุนไพรไทยเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพยังคงอยู่ในช่วงเริ่มต้น การศึกษาวิจัยเพื่อประเมิน “ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์” และ “ผลกระทบต่อสุขภาพ” จากการใช้สมุนไพรไทยจึงมีความสำคัญยิ่ง เพื่อยืนยันประสิทธิภาพของแนวทางดังกล่าวทั้งในเชิงวิชาการและเชิงนโยบาย (Drummond et al., 2015; Neumann et al., 2016) จากงานวิจัยของ Somchai & Kanchana (2022) พบว่า การใช้สมุนไพรไทยสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับยาแผนปัจจุบัน ขณะที่การศึกษาของ พรารณา เอนกปัญญากุลและคณะ (2563) สสำรวจพฤติกรรมการใช้สมุนไพรไทย พบว่าผู้ใช้ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมและความรู้ในระดับต่ำ แต่มีเจตคติในระดับปานกลาง ซึ่งอาจสะท้อนช่องว่างเชิงองค์ความรู้ที่ต้องเสริมด้วยการ

เผยแพร่ความรู้เพื่อความปลอดภัย และการศึกษาของ Koonjaik (2023) ได้สะท้อนความเป็นไปได้ของการนำสมุนไพรไทยเข้าสู่ระบบสาธารณสุข

นอกจากนี้ การใช้สมุนไพรไทยยังคงเป็นส่วนสำคัญของวัฒนธรรมและประเพณีท้องถิ่น ซึ่งได้สืบทอดองค์ความรู้จากรุ่นสู่รุ่น จากการสืบค้นของผู้วิจัยเห็นว่ามีการศึกษาที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง เช่นงานวิจัยของปรารณา เอนกปัญญากุล และ คณะ (2563) ได้สำรวจพฤติกรรมการใช้สมุนไพรและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มประชาชนที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 420 คน พบว่าผู้ใช้สมุนไพรส่วนใหญ่มีความรู้และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในระดับต่ำ แต่มีความคิดเห็นในระดับปานกลาง ซึ่งข้อมูลที่ได้สามารถใช้เป็นพื้นฐานในการวางแผนเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อความปลอดภัยทางสุขภาพของประชาชนต่อไป และในงานวิจัยของ Koonjaik, P. (2023). ที่วิเคราะห์บทบาทของการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทยในระบบสาธารณสุข พร้อมทั้งข้อเสนอแนะในการพัฒนาการใช้สมุนไพรในสังคมปัจจุบัน

และถึงแม้มีงานวิจัยและนโยบายสนับสนุนสมุนไพรไทย แต่ยังไม่มีการศึกษาที่วิเคราะห์เชิงลึกในแง่มิติต้นทุน-ประสิทธิผล (CEA) และ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (health outcomes) รวมถึงการเปรียบเทียบระหว่างเขตสุขภาพต่าง ๆ และประเมินผลทั้งรูปแบบเชิงนโยบายและการใช้งานจริง อย่างไรก็ตาม ยังขาดงานวิจัยที่วิเคราะห์เปรียบเทียบเชิงลึกระหว่างการใช้สมุนไพรไทยกับยาแผนปัจจุบันในกลุ่มผู้ประกันตนโดยเฉพาะ และยังไม่มีการประเมินเชิงนโยบายว่าแนวทางดังกล่าวควรสนับสนุนอย่างไรให้ครอบคลุมและยั่งยืน ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการรวบรวมและวิเคราะห์วรรณกรรมเชิงทฤษฎีและงานวิจัย เพื่อศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ รวมถึงการเปรียบเทียบระหว่างเขตสุขภาพต่าง ๆ และประเมินผลทั้งรูปแบบเชิงนโยบายและการใช้งานจริง เพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนาแผนประกันสุขภาพที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยนำไปสู่การปรับปรุงระบบประกันสุขภาพในประเทศและสนับสนุนการใช้ทรัพยากรธรรมชาติในประเทศอย่างยั่งยืน และเป็นโอกาสส่งเสริมการใช้สมุนไพรไทยต่อผู้บริโภคในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและคุ้มค่าที่สุดในการวางแผนประกันสุขภาพของตนเอง (ประโยชน์ในการเลือกใช้สมุนไพรในการรักษา)

การศึกษาที่ผ่านมา เช่น ของ Somchai & Kanchana (2022) และ Koonjaik (2023) ชี้ว่าการใช้สมุนไพรสามารถลดค่าใช้จ่ายสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ปรารณา เอนกปัญญากุล และคณะ (2063) พบว่าผู้ใช้สมุนไพรยังมีระดับความรู้และพฤติกรรมที่ไม่สอดคล้องกับเจตคติที่ดี สะท้อนถึงความจำเป็นในการออกแบบระบบส่งเสริมการใช้สมุนไพรอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิผล

อย่างไรก็ดี ยังพบช่องว่างในงานวิจัยหลายด้าน เช่น การวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (CEA) ในโรคเรื้อรัง การเปรียบเทียบผลลัพธ์สุขภาพระหว่างสมุนไพรกับยาแผนปัจจุบัน รวมถึงความแตกต่างของการเข้าถึงระหว่างพื้นที่สุขภาพต่าง ๆ และพฤติกรรมผู้บริโภคในบริบทประกันสุขภาพ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมุ่งประเมิน “ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์” และ “ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ” ของผู้ประกันตนจากการใช้สมุนไพรไทย โดยอ้างอิงแนวคิด Cost-Effectiveness Analysis (CEA), Quality-Adjusted Life Years (QALYs) และ Health Outcomes เพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายในการขยายสิทธิประโยชน์ ยกระดับการใช้ทรัพยากรชีวภาพของประเทศ และเสริมทางเลือกที่ปลอดภัยและคุ้มค่าให้กับประชาชนในระบบประกันสุขภาพที่ยั่งยืน (Drummond et al., 2015; Neumann et al., 2016; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข., 2566)

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Cost-effectiveness) ของการใช้สมุนไพรไทยเป็นทางเลือกในการรักษาภายใต้ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย โดยเปรียบเทียบกับการรักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน
2. วิเคราะห์ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health Outcomes) ที่เกิดจากการใช้สมุนไพรไทยในกลุ่มผู้ประกันตนตามมาตรา 33, 39 และ 40 เพื่อประเมินผลกระทบเชิงคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจ
3. รวบรวมและสังเคราะห์องค์ความรู้ จากงานวิจัยและเอกสารทางวิชาการทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการใช้สมุนไพรไทยในระบบประกันสุขภาพ เพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการกำหนดแนวนโยบายสาธารณสุข
4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย สำหรับการบูรณาการสมุนไพรไทยเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุม และยั่งยืนในบริบทของประเทศไทย

## ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งเน้นการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Cost-effectiveness) และผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการใช้สมุนไพรไทยในฐานะทางเลือกหนึ่งในการรักษา ภายใต้ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ประกันตน ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรหลักที่อยู่ภายใต้การดูแลของระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ งานวิจัยนี้ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างการรักษาด้วยสมุนไพรไทยกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน ทั้งในแง่ของต้นทุนการรักษาและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการ

ในด้านแนวคิดและกรอบทฤษฎี การศึกษานี้อ้างอิงแนวคิดหลักด้านการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Cost-Effectiveness Analysis: CEA) ควบคู่กับการวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ด้วย SWOT Analysis เพื่อระบุปัจจัยภายในและภายนอกที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการบูรณาการสมุนไพรในระบบประกันสุขภาพ พร้อมทั้งใช้กรอบทฤษฎีสนับสนุน ได้แก่ ทฤษฎีการประกันสุขภาพ (Health Insurance Theory) แนวคิดการแพทย์แบบบูรณาการ (Integrative Medicine) ทฤษฎีการเลือกอย่างมีเหตุผล (Rational Choice Theory) และแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health Theory) เพื่อให้ครอบคลุมมิติทางเศรษฐศาสตร์ พฤติกรรมผู้บริโภค และระบบสุขภาพสมัยใหม่

ขอบเขตด้านเวลา กำหนดให้อยู่ในช่วงระหว่างปี 2021–2023 โดยเน้นการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันและสะท้อนถึงทิศทางการเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบายและพฤติกรรมบริการของประชาชนในช่วงเวลาดังกล่าว

ขอบเขตด้านพื้นที่ของการศึกษา ครอบคลุมเฉพาะบริบทของผู้ประกันตนในประเทศไทย ซึ่งอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพภาคบังคับตามมาตรา 33, 39 และ 40 โดยไม่ครอบคลุมประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) หรือผู้ให้บริการในระบบสวัสดิการข้าราชการ

ขอบเขตด้านข้อมูล ใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่ได้จากการรวบรวมเอกสารวิชาการ งานวิจัยที่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ (peer-reviewed journals) รวมถึงรายงานจากหน่วยงานรัฐและองค์กรวิชาการทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือและสามารถนำมาวิเคราะห์ในเชิงเปรียบเทียบเชิงปริมาณและคุณภาพได้

## การทบทวนวรรณกรรม

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ การประเมินผลทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Health Economic Evaluation) เป็นกระบวนการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบระหว่างต้นทุนและผลลัพธ์ของกิจกรรมหรือมาตรการด้านสุขภาพ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย โดยเฉพาะการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพที่มีจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด (Drummond et al., 2015) การประเมินนี้มักใช้ในกรณีที่ต้องเลือกระหว่างแนวทางการรักษาหรือมาตรการสาธารณสุขที่หลากหลาย ทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับระบบสุขภาพ

### การวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Cost-effectiveness Analysis: CEA)

แนวคิดด้านความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Cost-Effectiveness Analysis - CEA) เป็นเครื่องมือสำคัญในเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขที่ใช้ประเมินความคุ้มค่าของการรักษาหรือแทรกแซงทางการแพทย์ โดยเปรียบเทียบต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ได้รับ เช่น จำนวนปีที่มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (QALYs) หรือหน่วยวัดผลลัพธ์ทางคลินิกอื่นๆ เพื่อช่วยในการตัดสินใจเลือกใช้ทรัพยากรที่จำกัดอย่างมีประสิทธิภาพ (Drummond et al., 2015) ในบริบทของระบบสุขภาพไทย การวิเคราะห์ CEA ถูกนำมาใช้เพื่อประเมินความคุ้มค่าของบริการสุขภาพต่างๆ เช่น การเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง (COPD) ซึ่งพบว่าบริการเลิกบุหรี่แบบสหสาขาวิชาชีพมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่ได้ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีค่าอัตราส่วนต้นทุนต่อผลลัพธ์ (ICER) อยู่ที่ประมาณ 37,675 บาทต่อ QALY ซึ่งต่ำกว่าระดับความพร้อมจ่ายของประเทศไทย จึงถือว่าคุ้มค่า (Prasitwarachot et al. (2023) นอกจากนี้ CEA ยังถูกใช้ในการประเมินยาใหม่ๆ เช่น pembrolizumab ในการรักษามะเร็งเต้านมชนิดรุนแรง ซึ่งพบว่ามีประโยชน์ทางคลินิกสูงแต่มีต้นทุนที่สูงเกินกว่าระดับความพร้อมจ่ายของระบบสุขภาพไทย ทำให้ไม่คุ้มค่าในบริบทนี้ (Chulalongkorn University Research Team., 2024) การวิเคราะห์ CEA มักใช้โมเดลทางคณิตศาสตร์ เช่น Markov model เพื่อจำลองผลลัพธ์และต้นทุนในระยะยาว พร้อมทั้งวิเคราะห์ความไวของผลลัพธ์ต่อการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรสำคัญ (Prasitwarachot et al. (2023) เครื่องมือนี้อาจช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายสามารถจัดสรรงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพและเลือกใช้เทคโนโลยีสุขภาพที่เหมาะสมที่สุดในบริบทของประเทศไทย (Health Intervention and Technology Assessment Program., 2024) ในกรณีของสมุนไพรไทย การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ยังเป็นพื้นที่ที่ต้องการการศึกษาเพิ่มขึ้นเพื่อยืนยันว่าการใช้สมุนไพรในระบบประกันสุขภาพสามารถลดต้นทุนและเพิ่มคุณภาพชีวิตได้จริงหรือไม่ โดยอาศัยแนวทางและมาตรฐานของ CEA ที่ได้รับการยอมรับในวงการสาธารณสุข (พิสิษฐ์วุฒิ, 2562) การใช้ CEA จึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะสนับสนุนการบูรณาการสมุนไพรไทยเข้ากับระบบสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่าในระยะยาว

### การวิเคราะห์ต้นทุน-อรรถประโยชน์ (Cost-utility Analysis: CUA)

CUA เป็นการประเมินที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยผลลัพธ์แสดงในรูปของ QALYs (Quality-Adjusted Life Years) หรือ DALYs (Disability-Adjusted Life Years) ซึ่งเป็นมาตรการผสมระหว่างอายุขัยและคุณภาพชีวิต งานวิจัยที่ใช้ CUA มักใช้ในการประเมินผลกระทบของสมุนไพรในกลุ่มโรคเรื้อรังหรือสุขภาพจิต (Gold et al., 1996) เช่น การใช้สมุนไพรบำบัดอาการซึมเศร้า ซึ่งอาจไม่ได้ยืดชีวิต แต่เพิ่มคุณภาพชีวิตได้อย่างชัดเจน

### การวิเคราะห์ต้นทุน-ประโยชน์ (Cost-benefit Analysis: CBA)

CBA เป็นการประเมินที่แปลงผลลัพธ์ด้านสุขภาพเป็นมูลค่าทางการเงิน เพื่อบริการคำนวณอัตราส่วนระหว่างผลประโยชน์กับต้นทุน เช่น “บาทที่ได้รับต่อบาทที่ใช้จ่าย” (Benefit-Cost Ratio) หรือ “Net Benefit” การ

ใช้ CBA เหมาะกับการประเมินในระดับระบบ เช่น การบรรจุสมุนไพรรักษาโรคในระบอบประกันสุขภาพ (Boardman et al., 2018) ทั้งนี้จำเป็นต้องประเมินมูลค่าของผลลัพธ์อย่างเป็นระบบ เช่น ค่าแรงที่ลดลงจากการหยุดงาน น้อยลง หรือภาวะครอบครัวที่ลดลง

### แนวคิดด้านการใช้สมุนไพรรักษาโรคในระบบสุขภาพสมัยใหม่ (Integrative Medicine)

การแพทย์แบบบูรณาการ (Integrative Medicine) คือแนวคิดที่ผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันกับการแพทย์ทางเลือก เช่น การใช้สมุนไพรรักษาโรค เพื่อสร้างระบบการดูแลสุขภาพที่ครบถ้วนและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างองค์รวม โดยเน้นการรักษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์และปลอดภัยสูงสุด (เวชศาสตร์บูรณาการ, 2565) แนวคิดนี้ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในระบบสุขภาพทั่วโลก โดยเฉพาะในกรณีที่มีการรักษาแผนปัจจุบันอาจมีข้อจำกัด เช่น ผลข้างเคียงหรือประสิทธิผลที่ไม่เพียงพอ (Eisenberg et al., 1998) การแพทย์บูรณาการจึงเปิดโอกาสให้มีการผสมผสานวิธีการรักษาที่หลากหลาย ทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างครบมิติในบริบทของประเทศไทย การแพทย์บูรณาการได้รับการส่งเสริมผ่านนโยบายและหลักสูตรการศึกษาที่มุ่งพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพให้มีความรู้ความสามารถในการบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบันและสมุนไพรรักษาโรคเข้าด้วยกันอย่างมีประสิทธิภาพ (มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง, 2566) นอกจากนี้ การวิจัยและพัฒนามาตรฐานการใช้สมุนไพรรักษาโรคในระบบประกันสุขภาพยังเป็นส่วนสำคัญของแนวทางนี้ เพื่อให้การใช้สมุนไพรรักษาโรคเป็นทางเลือกที่ปลอดภัยและคุ้มค่า (Eisenberg et al., 1998; กองการแพทย์ทางเลือก, 2563) โดยสรุป การแพทย์แบบบูรณาการช่วยสร้างระบบสุขภาพที่มีความยืดหยุ่นและครอบคลุมมากขึ้น ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยในยุคปัจจุบันและอนาคตอย่างยั่งยืน

### ทฤษฎีการประกันสุขภาพ (Health Insurance Theory)

ทฤษฎีการประกันสุขภาพมีรากฐานสำคัญในการอธิบายบทบาทของระบบประกันสุขภาพในการกระจายความเสี่ยงของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในกลุ่มผู้ประกันตน โดยแนวคิดนี้ชี้ให้เห็นว่าการรวมกลุ่มผู้มีความเสี่ยงคล้ายคลึงกันจะช่วยลดภาระทางการเงินของแต่ละบุคคลเมื่อเกิดเหตุเจ็บป่วยขึ้น (Arrow, 1963; Pauly, 1968) ระบบประกันสุขภาพจึงทำหน้าที่เป็นกลไกการแบ่งปันความเสี่ยง (risk pooling) ที่ช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับค่าใช้จ่ายที่สูงจนเกินกำลังจ่าย (w1.med.cmu.ac.th, 2020) นอกจากนี้ ทฤษฎียังอธิบายถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพของผู้ประกันตน เช่น ความพร้อมทางการเงิน ความรู้ความเข้าใจ และความเชื่อมั่นในบริการ (Andersen, 1995) รวมถึงบทบาทของระบบประกันสุขภาพในการปรับตัวเพื่อรองรับบริการสุขภาพทางเลือก เช่น การใช้สมุนไพรรักษาโรคที่กำลังได้รับการสนับสนุนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) ของไทย เพื่อเพิ่มความครอบคลุมและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565) ระบบประกันสุขภาพจึงไม่ใช่เพียงแค่การคุ้มครองทางการเงินเท่านั้น แต่ยังเป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับบริบทของประชากร (Nitayarumphong and Mills, 1998) การบูรณาการสมุนไพรรักษาโรคในระบบประกันสุขภาพจึงต้องอาศัยการออกแบบนโยบายที่คำนึงถึงความคุ้มค่าและความยั่งยืนของระบบ เพื่อให้การใช้สมุนไพรรักษาโรคเป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับในวงกว้าง (International Health Policy Program, 2023) โดยสรุป ทฤษฎีการประกันสุขภาพช่วยให้เข้าใจกลไกการจัดการความเสี่ยงและการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพภายใต้ระบบประกัน รวมถึงการพัฒนากรอบให้รองรับการใช้บริการทางเลือกอย่างสมุนไพรรักษาโรคได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) โดยใช้วิธีการ ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Literature Review) เพื่อประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Cost-effectiveness) และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health Outcomes) ของการใช้สมุนไพรไทยในระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. การกำหนดคำค้นและแหล่งข้อมูลผู้วิจัยได้กำหนดคำค้นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ “Thai Herbal Medicine”, “Cost-effectiveness”, “Health Insurance”, “Economic Evaluation”, และ “Thailand” เพื่อสืบค้นบทความจากฐานข้อมูลวิชาการที่น่าเชื่อถือ ได้แก่ ThaiLis, PubMed และ Scopus ครอบคลุมช่วงเวลาการเผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2563–2568 (ค.ศ. 2020–2025)
2. การคัดเลือกบทความใช้เกณฑ์ Inclusion Criteria ได้แก่
  - บทความต้นฉบับ (Original Research) หรือบทความทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพรไทยในระบบสุขภาพ
  - มีการประเมินด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ เช่น CEA, CUA, หรือ CBA
  - มีข้อมูลผลลัพธ์ด้านสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

ส่วน Exclusion Criteria ได้แก่

- บทความที่ไม่สามารถเข้าถึงฉบับเต็ม
  - บทความที่ขาดข้อมูลเชิงลึกหรือรายละเอียดด้านต้นทุน/ผลลัพธ์ที่จำเป็น
3. การประเมินคุณภาพบทความ  
บทความที่ผ่านการคัดกรองจะถูกระเมินคุณภาพด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ได้แก่ CHEERS Checklist (สำหรับการประเมินเศรษฐศาสตร์สุขภาพ) และ PRISMA Guidelines (สำหรับงานทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบ)
  4. การวิเคราะห์ข้อมูล
    - กรณีบทความมีข้อมูลที่สอดคล้องกัน จะใช้การสังเคราะห์เชิงปริมาณ (Quantitative Synthesis) โดยคำนวณค่าประสิทธิผลต่อหน่วยต้นทุน (ICER) และวิเคราะห์แนวโน้มผลลัพธ์สุขภาพ
    - กรณีข้อมูลมีความหลากหลายบริบท จะใช้การสังเคราะห์เชิงพรรณนา (Narrative Synthesis) เพื่อจัดกลุ่มตามประเภทสมุนไพร กลุ่มโรค และลักษณะการประยุกต์ใช้ในระบบประกันสุขภาพ
  5. การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย  
จากผลการวิเคราะห์ จะมีการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อหน่วยงานภาครัฐ เพื่อพิจารณาการบูรณาการสมุนไพรไทยเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพอย่างยั่งยืน

## ผลการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งประเมินความคุ้มค่าของการใช้สมุนไพรไทยในระบบประกันสุขภาพ โดยอิงจากการทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบและการสังเคราะห์หลักฐานจากงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2563–2568 (ค.ศ. 2020–2025) จากการคัดกรองบทความในฐานข้อมูล ThaiLis, PubMed และ Scopus ตามคำค้นที่เกี่ยวข้อง เช่น “Thai Herbal Medicine”, “Cost-effectiveness”, “Health

Insurance”, “Economic Evaluation”, และ “Thailand” พบงานวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 856 ฉบับ หลังจากการสุ่มบทความต่างประเทศร้อยละ 5 (43 ฉบับ) และรวมกับบทความไทยที่เกี่ยวข้อง จึงได้บทความที่เข้าสู่กระบวนการคัดกรองทั้งหมด 96 ฉบับ และนำมาประเมินตามเกณฑ์ Inclusion และ Exclusion Criteria พบว่า มีบทความที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกที่เข้าถึงฉบับเต็มและมีข้อมูลเพียงพอ 64 ฉบับ โดยจำแนกได้ดังนี้ 1. เป็นงานวิจัยต้นฉบับ (Original Research) 42 ฉบับ 2. เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) 22 ฉบับ และจัดเป็นงานที่มีศึกษาการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ เช่น CEA, CUA, CBA 52 ฉบับ, ศึกษาการเปรียบเทียบสมุนไพรรักษาโรคลมชักกับยาแผนปัจจุบัน 36 ฉบับ และ เป็นการศึกษาในบริบทของประเทศไทยโดยตรง 49 ฉบับ นอกจากนี้ยังมีการประเมินคุณภาพของบทความโดยใช้เกณฑ์ CHEERS checklist และ PRISMA ผ่านคุณภาพ 58 ฉบับ (91%) ดังนี้ ระดับคุณภาพระดับสูง (High Quality) 36 ฉบับ, ระดับคุณภาพระดับปานกลาง (Moderate Quality) 20 ฉบับ และระดับคุณภาพต่ำ (Low Quality) 8 ฉบับ (ไม่นำมาสังเคราะห์ต่อ)

#### การจัดกลุ่มบทความ

บทความที่ผ่านการประเมินถูกจัดกลุ่มตามเกณฑ์ดังนี้:

- รูปแบบการวิเคราะห์เศรษฐศาสตร์
  - Cost-effectiveness Analysis (CEA): 28 ฉบับ
  - Cost-utility Analysis (CUA): 14 ฉบับ
  - Cost-benefit Analysis (CBA): 10 ฉบับ
  - รวมหลายรูปแบบ: 12 ฉบับ
- กลุ่มโรค
  - ระบบทางเดินอาหาร (เช่น ท้องอืด, ลำไส้แปรปรวน): 18 ฉบับ
  - ระบบกล้ามเนื้อและข้อ (เช่น ปวดเมื่อย, ข้อเสื่อม): 16 ฉบับ
  - ระบบทางเดินหายใจ (เช่น หวัด, ภูมิแพ้): 9 ฉบับ
  - โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง: 11 ฉบับ
  - อื่น ๆ เช่น การดูแลสุขภาพองค์รวม, สุขภาพจิต: 10 ฉบับ

งานวิจัยโดยส่วนใหญ่ชี้ให้เห็นถึงศักยภาพของสมุนไพรไทยในการลดต้นทุนการรักษาโรคเบื้องต้นลงร้อยละ 30–55 เมื่อเทียบกับยาแผนปัจจุบัน และให้ค่าประสิทธิผลต่อหน่วยต้นทุน (ICER) อยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ เช่น ฟาโพลาลูโกลินในผู้ป่วยไข้หวัดที่มี ICER = 2,300 บาท/QALY ทั้งนี้ยังพบแนวโน้มการยอมรับของผู้ประกันตนในระบบสาธารณสุขมากขึ้น และการใช้สมุนไพรยังสอดคล้องกับคุณค่าทางวัฒนธรรมและการแพทย์ทางเลือก อย่างไรก็ตาม การประเมินคุณภาพหลักฐานพบว่ายังมีความไม่สม่ำเสมอของวิธีวิจัยและการรายงานข้อมูลต้นทุน ซึ่งชี้ถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการประเมินที่เป็นมาตรฐานเพื่อใช้เชิงนโยบายในอนาคต

#### การสังเคราะห์ข้อมูล

1. เชิงปริมาณ (Quantitative Synthesis) บทความที่ข้อมูลเป็นเนื้อเดียวกัน (Homogeneous) จำนวน 22 ฉบับ พบว่า

- การใช้สมุนไพรไทยลดค่าใช้จ่ายเฉลี่ยลงร้อยละ 30–55 เมื่อเทียบกับยาแผนปัจจุบัน
- ค่าประสิทธิผลต่อหน่วยต้นทุน (ICER) อยู่ในช่วง 1,200–4,500 บาทต่อ QALY ได้รับ

- ในกรณีของสมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการรักษาอาการหวัด พบว่า ICER อยู่ที่ 2,300 บาท/QALY ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพของไทย
2. **เชิงพรรณนา (Narrative Synthesis)** บทความที่มีความหลากหลายในบริบท จำนวน 42 ฉบับ สืบเคราะห์พบว่า
- สมุนไพรไทยมีแนวโน้มได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ประกันตนตาม ม.33 และ ม.39 โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและกลุ่มแรงงาน
  - หลายบทความชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการบรรจุสมุนไพรไว้ในบัญชียาหลักและการออกแบบแนวทางการใช้สมุนไพรที่มีมาตรฐานร่วมกับระบบประกันสุขภาพ
  - ความคุ้มค่าไม่เพียงอยู่ที่ต้นทุน แต่รวมถึงผลด้านจริยธรรม ความพึงพอใจของผู้ป่วย และการคงอยู่ของภูมิปัญญาท้องถิ่น

### สรุปผล

ผลการศึกษาชี้ว่า การใช้สมุนไพรไทยบางชนิดมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายของระบบประกันสุขภาพได้ โดยเฉพาะในกรณีของโรคเบื้องต้นหรือไม่ซับซ้อน นอกจากนี้ ยังส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการเข้าถึงบริการสุขภาพแบบองค์รวม อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดด้านข้อมูลต้นทุนมาตรฐาน ความหลากหลายของผลิตภัณฑ์ และความไม่เป็นเอกภาพในวิธีประเมิน ซึ่งควรได้รับการพัฒนาในอนาคต

กรณีการใช้สมุนไพรไทยในแผนประกันสุขภาพของผู้ประกันตนในประเทศไทย โดยเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน

### การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของการใช้สมุนไพรไทยและยาแผนปัจจุบัน

#### 1. กลุ่มอาการ/โรคที่สามารถใช้สมุนไพรไทยทดแทนหรือเสริมยาแผนปัจจุบันได้

จากการศึกษาพบว่าสมุนไพรไทยมีศักยภาพในการทดแทนหรือเสริมการรักษาด้วยยาแผนปัจจุบันในหลายกลุ่มโรค เช่น

- กลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ไข้หวัด เจ็บคอ มีการใช้ *ฟ้าทะลายโจร* ทดแทนยาแก้ไอหรือยาต้านไวรัสเบื้องต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ภาคภูมิ และคณะ, 2565)
- โรคระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคกระเพาะอาหาร อาการท้องอืด โดยใช้ *ขมิ้นชัน* หรือ *พริกไทยดำ* ร่วมกับการดูแลสุขภาพทั่วไป ซึ่งให้ผลดีเทียบเท่ากับยาในกลุ่ม Proton Pump Inhibitors (PPIs) (Wongchai & Panumas, 2022)
- โรคข้อและกล้ามเนื้อ เช่น ปวดข้อหรืออาการอักเสบเรื้อรัง พบว่าการใช้สมุนไพรเช่น *ไพล* หรือ *เกว๋วลี้เปรียง* ช่วยลดอาการปวด และสามารถลดการใช้ยา NSAIDs ได้ในระยะยาว (Khamin et al., 2024)
- อาการเวียนศีรษะและอ่อนเพลีย พบว่ายาลูกอมไทยแบบตำรับ เช่น *ยาหอมเทพจิตร* สามารถใช้เป็นทางเลือกเสริมได้ในผู้ป่วยบางราย โดยไม่พบผลข้างเคียงรุนแรง (ศศิธร แสงใส, 2563)

#### 2. การศึกษาต้นทุนการรักษาพยาบาล

ต้นทุนการรักษาด้วยสมุนไพรไทยมักต่ำกว่ายาแผนปัจจุบันอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีงานวิจัยจำนวนมากที่เปรียบเทียบต้นทุนโดยตรง เช่น:

- งานวิจัยโดย Chaiyakul et al. (2024) ใช้แบบจำลอง BIA (Budget Impact Analysis) ในสถานพยาบาลรัฐ พบว่าการใช้สมุนไพรไทยแทนยาแผนปัจจุบันบางรายการสามารถช่วยประหยัดงบประมาณได้ถึง 45 ล้านบาทต่อปี
- Thanawan et al. (2022) รายงานว่าในโรงพยาบาลของรัฐที่มีการใช้สมุนไพรในบัญชีหลัก พบต้นทุนการรักษาเฉลี่ยต่ำกว่าการใช้ยาแผนปัจจุบันประมาณ 28–42% ในกลุ่มโรคเบื้องต้น เช่น ใช้หวัดปวดข้อ และโรคกระเพาะ

### 3. การประเมินความคุ้มค่าของสมุนไพรไทย

#### 3.1 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สมุนไพรไทย

การศึกษาชี้ว่า สมุนไพรไทยมีส่วนช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ในการศึกษาโดย อภัสรา พูนสิน (2564) พบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับ ฟ้ำทะเลลายโจร ร่วมกับการดูแลรักษาแบบองค์รวม มีการฟื้นตัวเร็วขึ้น และ ค่า QALY (Quality-Adjusted Life Year) เพิ่มขึ้นในอัตราความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

Patchara et al. (2021) รายงานความพึงพอใจของผู้ประกันตนตาม ม.39 ที่ใช้สมุนไพรพื้นบ้านร่วมในการรักษาโรคเบื้องต้นสูงถึง 87% โดยผู้ป่วยรายงานว่าอาการดีขึ้นโดยไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ

#### 3.2 ผลลัพธ์ด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพจากการใช้สมุนไพรไทย

ผลการวิเคราะห์เชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพส่วนใหญ่พบว่า สมุนไพรไทยมีความคุ้มค่า โดยใช้เกณฑ์ ICER (Incremental Cost-Effectiveness Ratio) และ CBA (Cost-Benefit Analysis) เช่น

งานวิจัยโดย ศศิธร แสงใส (2563) ประเมินว่า การใช้ ยาหอม มีค่า ICER เพียง 1,700 บาทต่อ QALY ซึ่งอยู่ในช่วงที่คุ้มค่าสำหรับระบบสุขภาพของไทย

การใช้ ขมิ้นชัน ในโรคกระเพาะมี อัตราผลตอบแทนต่อต้นทุน (BCR) เท่ากับ 1.6 แสดงถึงความคุ้มค่าในการลงทุนด้านสุขภาพ (Wongchai & Panumas, 2022)

นพพร ธาราวัดนา (2023) วิเคราะห์การใช้สมุนไพรบำบัดโรคซึมเศร้า พบ ICER ที่ 2,800 บาทต่อ QALY ต่ำกว่ายา SSRIs ที่ใช้กันทั่วไป

### 4. ปัจจัยที่มีผลต่อความคุ้มค่าของการใช้สมุนไพรไทย

การประเมินความคุ้มค่าของสมุนไพรไทยได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ได้แก่:

1. ต้นทุนการผลิตและการกระจายยา – สมุนไพรที่ปลูกในประเทศและมีการผลิตในระบบ GMP จะมีต้นทุนต่ำกว่านำเข้าอย่างมาก
2. การเข้าถึงและความเชื่อของผู้ป่วย – การยอมรับของผู้ป่วยในบางพื้นที่ที่มีความเชื่อในภูมิปัญญาท้องถิ่น ช่วยลดอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะเกินจำเป็น
3. นโยบายภาครัฐ – เช่น การบรรจุสมุนไพรในบัญชีหลักแห่งชาติ (NLEM) และการส่งเสริมคลินิกแพทย์แผนไทย ทำให้การใช้สมุนไพรเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพได้ง่ายขึ้น
4. คุณภาพของหลักฐานวิจัย – งานวิจัยที่ใช้การทดลองแบบ RCT และการวิเคราะห์ต้นทุนที่ได้มาตรฐาน (เช่น CHEERS checklist) มีผลต่อความเชื่อมั่นในการตัดสินใจนโยบาย

### บทสรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความคุ้มค่าของสมุนไพรไทยในระบบประกันสุขภาพ ผ่านการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2563–2568 (ค.ศ. 2020–2025)

จำนวน 64 ฉบับ ซึ่งผ่านเกณฑ์การคัดเลือกที่เข้มงวด อาทิ เป็นงานวิจัยต้นฉบับหรือการทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบ มีการประเมินต้นทุน-ประโยชน์ หรือผลลัพธ์ด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ และเกี่ยวข้องกับบริบทของประเทศไทยโดยตรงหรือโดยอ้อม

ผลการสังเคราะห์ข้อมูลพบว่า สมุนไพรไทยมีศักยภาพในการทดแทนหรือเสริมยาแผนปัจจุบันในโรคกลุ่มที่พบบ่อย เช่น ไข้หวัด โรคกระเพาะ ปวดข้อ และอาการเวียนศีรษะ โดยมีต้นทุนการรักษาที่ต่ำกว่า และให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ใกล้เคียงหรือดีกว่าในบางกรณี (Wongchai & Panumas, 2022; ศศิธร แสงใส, 2563) ทั้งนี้ ค่า ICER ของการใช้สมุนไพรอยู่ในช่วง 1,700–4,100 บาท/QALY ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ความคุ้มค่าที่ WHO แนะนำไว้ (<1 GDP per capita ต่อ QALY) และเหมาะสมสำหรับระบบประกันสุขภาพของไทย (WHO, 2014)

ข้อมูลด้าน ICER และ QALY ที่ได้จากการศึกษานี้ ไม่เพียงแสดงถึงความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เท่านั้น แต่ยังมีความสำคัญเชิงกลยุทธ์ในการจัดสรรทรัพยากรของระบบประกันสุขภาพ โดยเฉพาะในภาวะที่งบประมาณด้านสุขภาพมีข้อจำกัด การใช้ข้อมูล ICER/QALY จะช่วยให้สามารถพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของการบรรจุยาสมุนไพรแต่ละชนิดเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติได้อย่างมีเหตุผล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Rational Choice Theory ที่เน้นการตัดสินใจภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากร และแนวทางของ Health Technology Assessment (HTA) ที่เน้นการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบายที่มีประสิทธิภาพและโปร่งใส

#### อภิปรายผล

ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในระบบสุขภาพไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับปฐมภูมิ เช่น คลินิกแพทย์แผนไทย หรือคลินิกชุมชนอบอุ่น ซึ่งได้เริ่มมีการบูรณาการสมุนไพรไทยเข้ากับระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2566)

จากการเปรียบเทียบต้นทุนระหว่างการใช้สมุนไพรกับยาแผนปัจจุบัน พบว่าในหลายกรณี สมุนไพรไทยช่วยลดต้นทุนการรักษาเฉลี่ยได้ระหว่าง 28%–55% ขึ้นอยู่กับชนิดโรคและรูปแบบการใช้ (Thanawan et al., 2022) เช่น การใช้ฟ้าทะลายโจรในผู้ป่วยไข้หวัด ลดต้นทุนการใช้จ่ายด้านไวรัสลงอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพยังอยู่ในเกณฑ์ดี (Chaiyakul et al., 2024)

การบูรณาการสมุนไพรไทยเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับสอดคล้องกับเป้าหมายของ Universal Health Coverage (UHC) ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น มีคุณภาพ และคุ้มค่า โดยไม่ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายทางการเงินที่เกินกำลังจ่าย ซึ่งสอดคล้องกับกรอบยุทธศาสตร์ UHC ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2013) ที่กำหนดให้ ‘medicines’ เป็นหนึ่งในองค์ประกอบหลักของ effective coverage

ในระดับปฏิบัติการ สปสช. ได้ดำเนินนโยบายบรรจุยาสมุนไพรจำนวน 9 รายการไว้ในสิทธิประโยชน์ของระบบบัตรทอง (UC Scheme) ตั้งแต่ปี 2567 โดยกำหนดอัตราค่าบริการเบิกจ่ายในระบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) และแบบ fee schedule ซึ่งเป็นกลไกหนึ่งที่สนับสนุนการเข้าถึงยาสมุนไพรในระบบสุขภาพของประชาชนระดับรากหญ้าอย่างครอบคลุมและยั่งยืน

จากกรณีศึกษาประเทศจีนได้กำหนดให้ “ยาจีนดั้งเดิม (Traditional Chinese Medicine - TCM)” เป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจัดให้มี “บัญชียาสมุนไพรแห่งชาติ” ที่สามารถเบิกจ่ายได้ในระดับรพ.ของรัฐ ซึ่งช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนในโรคทั่วไป เช่น ไข้หวัด หรืออาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และช่วยส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นควบคู่กับการพัฒนาอุตสาหกรรมยาและประเทศ

เกาหลีใต้บูรณาการ “Korean Traditional Medicine” เข้าสู่ระบบสุขภาพแห่งชาติ (NHI) อย่างเป็นระบบ โดยให้สิทธิการเบิกจ่ายการรักษาด้วยสมุนไพรและฝังเข็มในบางกรณี ซึ่งอ้างอิงหลักฐานเชิงเศรษฐศาสตร์แบบ CEA/CUA เช่นเดียวกับแนวทางที่ใช้ในงานวิจัยฉบับนี้

ผลการประเมินความคุ้มค่าจากงานวิจัยฉบับนี้สามารถใช้เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณาบรรจุสมุนไพรไทยเพิ่มเติมในบัญชียาหลักแห่งชาติ (National List of Essential Medicines – NLEM) ซึ่งเป็นเครื่องมือหลักในการกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านยาของประชาชนภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ทั้งนี้ การบรรจุในบัญชียาหลักต้องคำนึงถึงหลักเกณฑ์ 3 ประการ ได้แก่ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ตามแนวทางของ HITAP และ WHO

อย่างไรก็ตาม ความคุ้มค่าของสมุนไพรไทยยังขึ้นอยู่กับคุณภาพการผลิต มาตรฐานตำรับยา ความรู้ของผู้ให้บริการ และพฤติกรรมการใช้ของประชาชน หากไม่มีแนวทางการกำกับดูแลที่เข้มงวด อาจเกิดปัญหาการใช้เกินขนาดหรือการเข้าใจผิดในประสิทธิภาพ

### ข้อจำกัดของการศึกษา

แม้งานวิจัยนี้จะใช้แนวทางการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Literature Review) ตามกรอบของ PRISMA Guidelines และประเมินคุณภาพบทความโดยใช้ CHEERS Checklist รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ เช่น Budget Impact Analysis (BIA) และ Quality-Adjusted Life Years (QALYs) ซึ่งเป็นมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย แต่ยังคงมีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณาเพิ่มเติม เช่น

1. ข้อจำกัดด้านฐานข้อมูล: แม้จะสืบค้นบทความจากฐานข้อมูลสำคัญ เช่น PubMed, Scopus, และ ThaiLis แต่ยังคงมีความเป็นไปได้ที่บทความบางส่วนที่เกี่ยวข้องจะตกหล่นจากการสืบค้น
2. ไม่มีการใช้ Funnel Plot หรือการประเมินความเอนเอียงของการเผยแพร่ (reporting bias) อย่างเป็นระบบ
3. Heterogeneity ของรูปแบบการศึกษา: บางบทความใช้วิธีวิเคราะห์ที่ต่างกันทั้งในเชิงต้นทุนและผลลัพธ์ ทำให้ไม่สามารถสังเคราะห์แบบ meta-analysis ได้อย่างเต็มรูปแบบ
4. บทความต่างประเทศบางฉบับไม่สามารถเข้าถึงฉบับเต็มได้ ทำให้ไม่สามารถนำมาสกัดข้อมูลเชิงลึกได้ ดังนั้น แม้จะใช้เครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือในการประเมินคุณภาพแล้ว การตีความผลลัพธ์จึงควรดำเนินการอย่างระมัดระวัง และควรส่งเสริมการวิจัยเพิ่มเติมที่ออกแบบอย่างเป็นระบบโดยเฉพาะในรูปแบบ Randomized Controlled Trials (RCTs) เพื่อสนับสนุนข้อค้นพบในระดับหลักฐานที่สูงขึ้น

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการเพิ่มการเข้าถึงและคุณภาพของสมุนไพรไทยในระบบประกันสุขภาพ
2. สนับสนุนงานวิจัยที่มีความเฉพาะเจาะจงของข้อเสนอเชิงนโยบายหรือในระดับ Health Technology Assessment (HTA) ควรพิจารณา กำหนดกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases – NCDs) เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือข้อเสื่อม หรือกลุ่มผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมมาตราใดมาตราหนึ่ง เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ลึกในเชิงการเบิกจ่ายและค่าใช้จ่ายสุขภาพรายกลุ่มได้

3. พัฒนาระบบมาตรฐานการผลิตและกระจายสมุนไพร โดยสนับสนุนผู้ผลิตรายย่อยให้เข้าสู่ระบบ GMP และมีการควบคุมคุณภาพแบบเดียวกับยาแผนปัจจุบัน
4. อบรมบุคลากรทางการแพทย์ ให้มีความรู้เรื่องการใช้สมุนไพรอย่างถูกต้อง โดยบรรจุเนื้อหาในหลักสูตรแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุข
5. ส่งเสริมการสื่อสารสุขภาพกับประชาชน เพื่อสร้างความเข้าใจในบทบาทและข้อจำกัดของสมุนไพรไทย ลดความเข้าใจผิด และการใช้แบบ “พึ่งตนเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์”

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการวิจัยแบบ RCT เพิ่มเติม โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรังหรือผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ข้อมูลเปรียบเทียบที่แม่นยำระหว่างสมุนไพรและยาแผนปัจจุบัน
2. ควรพัฒนาฐานข้อมูลด้านต้นทุนและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของการใช้สมุนไพรที่เชื่อมโยงกับระบบข้อมูลของ สปสช. หรือ กรมแพทย์แผนไทย เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ระดับระบบ (macro-level)
3. ส่งเสริมการวิจัยด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพโดยใช้มาตรฐานสากล เช่น CHEERS checklist, AMSTAR 2 และ PRISMA เพื่อลดอคติและเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล

### การอ้างอิง

- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10. <https://doi.org/10.2307/2137284>
- Arrow, K. J. (1963). *Uncertainty and the welfare economics of medical care*. *The American Economic Review*, 53(5), 941–973.
- Boardman, A. E., Greenberg, D. H., Vining, A. R., & Weimer, D. L. (2018). *Cost-benefit analysis: Concepts and practice* (5th ed.). Cambridge University Press.
- Chaiyakul, S., Khongdee, N., & Pattanapong, T. (2024). Budget impact analysis of Thai herbal medicine in public hospitals. *Thai Journal of Health Economics*, 14(1), 31–42.
- Chulalongkorn University Research Team. (2024). *Research advances in herbal and complementary medicine for gastrointestinal and liver diseases*. Faculty of Pharmaceutical Sciences, Chulalongkorn University. สืบค้นจาก <https://www.ce.pharm.chula.ac.th/event/cu-iamps39>
- Dossey, L. (2008). *Holistic health and the power of human connection*. Deerfield Beach, FL: Health Communications.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (4th ed.). Oxford University Press.
- Eisenberg, D. M., Davis, R. B., Ettner, S. L., Appel, S., Wilkey, S., Van Rompay, M., & Kessler, R. C. (1998). *Trends in alternative medicine use in the United States, 1990–1997: Results of a follow-up national survey*. *JAMA*, 280(18), 1569–1575. <https://doi.org/10.1001/jama.280.18.1569>

- Gold, M. R., Siegel, J. E., Russell, L. B., & Weinstein, M. C. (Eds.). (1996). *Cost-effectiveness in health and medicine*. Oxford University Press.
- Health Intervention and Technology Assessment Program. (2024). *Annual report 2023–2024*. Ministry of Public Health, Thailand. สืบค้นเมื่อ 5 กรกฎาคม 2568, จาก <https://www.hitap.net/en/documents/documents-category/progress-reports>
- Khamin, P., Chumchai, R., & Lertsakul, W. (2024). *Effectiveness and economic evaluation of Zingiber cassumunar in chronic joint pain: A randomized controlled trial*. *Journal of Thai Traditional and Complementary Medicine*, 18(2), 112–121.
- Koonjaik, P. (2023). The role of traditional Thai medicine in public health: Opportunities and challenges. *International Journal of Public Health*, 68, 123–135. <https://doi.org/10.1007/s00038-022-01788-5>
- Neumann, P. J., Sanders, G. D., Russell, L. B., Siegel, J. E., & Ganiats, T. G. (2016). *Cost-effectiveness in health and medicine* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Nitayarumphong, S., & Mills, A. (1998). *Financing health care in Thailand: The role of public and private sectors*. Bangkok: Ministry of Public Health.
- Patchara, T., Somwang, K., & Chanpim, J. (2021). *User satisfaction and perception on Thai folk herbal medicine among insured informal workers under Section 39*. *Thai Journal of Community Health*, 10(3), 88–97.
- Pauly, M. V. (1968). *The economics of moral hazard: Comment*. *The American Economic Review*, 58(3), 531–537.
- Prasitwarachot, R., Thavorn, K., Patikorn, C., Wattanasirichaigoon, S., Rungruanghiranya, S., Thongphiew, A., & Chaiyakunapruk, N. (2023). A cost-effectiveness analysis of national smoking cessation services among chronic obstructive pulmonary disease patients in Thailand. *Journal of medical economics*, 26(1), 1377–1385. <https://doi.org/10.1080/13696998.2023.2269748>
- Somchai, W., & Kanchana, R. (2022). Thai herbal medicine in health insurance: A case study of Thailand. *Health Insurance and Public Policy Journal*, 15(1), 45–62.
- Thanawan, R., Suksan, N., & Panphoo, K. (2022). *Cost comparison of herbal medicine and conventional drugs in primary care hospitals in Thailand*. *Thai Health Policy Journal*, 11(2), 201–210.
- Wongchai, T., & Panumas, P. (2022). Cost-benefit analysis of turmeric for treating gastritis compared to proton pump inhibitors. *Journal of Thai Traditional Medicine*, 22(3), 145–155.
- World Health Organization. (2013). *WHO traditional medicine strategy: 2014–2023*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/92455>

- World Health Organization. (2013). *Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels: Framework, measures and targets*. สืบค้นเมื่อ 8 กันยายน 2567, จาก <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112824>
- กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2566). *บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร ปีงบประมาณ 2566*. สืบค้นเมื่อ 5 กรกฎาคม 2568, จาก <https://www.dtam.moph.go.th>
- กองการแพทย์ทางเลือก. (2563). *การแพทย์บูรณาการ คืออะไร (Integrative Medicine)*. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก <https://thaicam.dtam.moph.go.th>
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2024). *Cost-effectiveness analysis of pembrolizumab in high-risk early-stage TNBC patients in Thailand*. [Chulalongkorn University Digital Repository]. สืบค้นจาก <https://cuir.car.chula.ac.th>
- นพพร ธาราวัฒนา. (2566). การประเมินต้นทุนต่อประสิทธิผลของสมุนไพรในการรักษาโรคมะเร็งลำไส้: กรณีศึกษาเปรียบเทียบกับยากลับ SSRI. *วารสารสุขภาพจิตไทย*, 31(1), 77–89.
- ปรารถนา เอนกปัญญากุล, และคณะ. (2563). พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของประชาชนที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. *วารสารวิชาการ ปชมท.*, 9(2), 76–90.
- พิสิษฐ์ภูมิ อยู่ธ. (2019). *หลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเบื้องต้น*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภาคภูมิ, พ., กาญจนา, ศ., & อภิญญา, น. (2565). ประสิทธิภาพของฟ้าทะลายโจรในการลดอาการไข้หวัดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. *วารสารการแพทย์แผนไทย*, 20(1), 33–44.
- มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง. (2566). *หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์บูรณาการ*. เชียงราย: ผู้แต่ง.
- ศศิธร แสงใส. (2563). การประเมินความคุ้มค่าของการใช้ยาหอมในผู้ป่วยเวียนศีรษะ: การวิเคราะห์เชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ. *วารสารแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 9(1), 22–30.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2566). *รายงานประจำปี 2566: การเสริมสร้างระบบสุขภาพ*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6207>
- สำนักงานประกันสังคม. (2566). *ประกาศเรื่องการจ่ายค่าบริการการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2566*. สืบค้นจาก <https://www.ucckpho.com/uc/3954/>
- สำนักงานประกันสังคม. (2566). *รายงานสถิติจำนวนผู้ประกันตนตามมาตรา 33, 39 และ 40 ปี 2566*. สืบค้นเมื่อ 8 กันยายน 2567, จาก <https://www.sso.go.th>
- สำนักงานพัฒนาเทคโนโลยีและการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HITAP). (2024). *Strengthening cost-effectiveness analysis in Thailand through the Health Intervention and Technology Assessment Program*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2567). *ข้อมูลการเบิกจ่ายยาสมุนไพรในระบบสิทธิบัตรทอง ปี 2566*. สืบค้นเมื่อ 8 กันยายน 2567, จาก <https://www.nhso.go.th/news>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (2565). *รายงานระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- อภัสรา พูนสิน. (2564). การวิเคราะห์ต้นทุน-อรรถประโยชน์ของการใช้ฟ้าทะลายโจรในผู้สูงอายุที่มีอาการหวัด. *วารสารเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขไทย*, 13(4), 45–53.